

התרומה של השתתפות בספורט קבוצתי-עממי (ליגת "מאמאנט") למרכיבי הון חברתי ולמדדי בריאות בקרב אימהות

יובל פלדי, דני מורן, אורנה בראון-אפל, שירן בורד, ריקי טסלר

תקציר

ספורט קבוצתי-עממי הינו מסגרת ארגונית השומרת על אורח חיים פעיל ובריא, כשהמרכיב החברתי מהווה גורם מרכזי המשפיע על המוטיבציה וההתמדה של חבריה. הון חברתי מתייחס לקשרים או למשאבים שהפרט מקיים או מנצל בשביל לקדם ולפתור בעיות אישיות. הוא מורכב מרשתות, נורמות ואמון חברתי ומתקשר לגורמים חברתיים ולמערכות יחסים בין אנשים, הקיימים בספורט קבוצתי-עממי.

מחקר זה בדק את הקשר בין השתתפות נשים-אימהות בספורט קבוצתי-עממי לבין מדדי הון חברתי (תמיכה חברתית, אמון ומעורבות חברתית) ותחושת בריאות סובייקטיבית (מצב בריאות סובייקטיבי וסימפטומים פסיכוסומטיים). במחקר נעשה שימוש במסגרת התיאורטית של המודל הסוציו-אקולוגי לקידום בריאות, העוסק בגורמים המשפיעים על התנהגויות בריאות, תוך הנחה כי הם נובעים מאינטראקציה בין הפרט לסביבתו החברתית והפיזית.

במחקר חתך כמותי השתתפו 1,032 נשים-אימהות המשתתפות בליגת "מאמאנט" בכדורשת ו-308 נשים-אימהות בקבוצת ביקורת של נשים בעלות מאפיינים סוציו-דמוגרפיים דומים, אשר אינן עוסקות בפעילות ספורט קבוצתי-עממי. ממצאי המחקר מלמדים כי בהשוואה לקבוצת הביקורת הציגו המשתתפות בליגת "מאמאנט" רמות גבוהות של מצב בריאות סובייקטיבי ($t=-5.93, p<.001$), רמות נמוכות של סימפטומים פסיכוסומטיים ($t=8.54, p<.001$) ורמות גבוהות של מדדי הון חברתי: תמיכה חברתית ($t=-6.70, p<.001$), אמון ($t=-5.42, p<.001$) ומעורבות חברתית ($t=-13.70, p<.001$). רגרסיה ליניארית שבוצעה מצביעה על כך שאפקט הקבוצה הוסיף לניבוי של משתנים אלה, מעבר למשתני הרקע של המשתתפות.

המחקר הנוכחי מחזק את הטענה בדבר תרומתו של ספורט קבוצתי-עממי, דוגמת ליגת "מאמאנט", לחיזוק מרכיבי ההון החברתי ולשיפור תחושת הבריאות הסובייקטיבית בקרב נשים הבוחרות להשתתף בפעילות זו.

מילות מפתח: ספורט קבוצתי-עממי, אימהות, הון חברתי, מצב בריאות סובייקטיבי, סימפטומים פסיכוסומטיים

מבוא

המחקר הנוכחי בודק את הקשר בין ההשתתפות בספורט קבוצתי-עממי לנשים, במודל של ליגת "מאמאנט", ליגת האימהות בכדורשת, להון החברתי ולתפיסת הבריאות הסובייקטיבית של המשתתפות. ליגת "מאמאנט" הוקמה בשנת 2005 ושמה לה למטרה לקדם את הפעילות הגופנית בקרב אוכלוסיית האימהות בישראל ולהגדיל את מעורבותן החברתית בקהילה. הליגה

היא פרויקט חברתי-קהילתי המונה למעלה מ־5,000 נשים בכל רחבי הארץ. הקבוצות בליגה מתאמנות ומשחקות יחד, ובמהלך העונה אף מתחרות זו בזו. הליגה פועלת בכל הארץ על פי סטנדרטים אחידים, הכוללים: תקנון, טבלת תוצאות שבועית, תוכנית משחקים, שופטים, תלבושת אחידה, הנפקת כרטיסי שחקניות ועוד (אתר האינטרנט של ליגת "מאמאנט").

ייחודה של ליגת "מאמאנט" הוא בפנייתה לאימהות ללא רקע בתחום הספורט מכל רחבי הארץ, כך שכל אימא יכולה להשתלב במסגרת זו. הפעילות היא בעלת מאפייני מגדר ייחודיים, הטומנים בחובם תפיסות אופייניות של חינוך, קשר אם-ילד, חברה וקהילה. הפעילות גורמת להשפעה ייחודית על הסביבה ועל המעגלים החברתיים שבהם היא מתרחשת. המשתתפות, כקבוצת אימהות, מהוות מודל קהילתי המעודד ספורט, חברותה וחינוך לערכים חברתיים ולנתינה (בראון-אפל, דאוד ולוי-זמיר, 2016). ליגת "מאמאנט" חרתה על דגלה את נושא המעורבות בקהילה, והיא מעניקה מקום מרכזי וחשוב לממדי הקהילתיות, המעורבות החברתית, האחריות והדוגמה האישית. שחקניות "מאמאנט" וקבוצותיהן מבצעות פרויקטים רבים בתחום המעורבות בקהילה, הן בקהילה המקומית הן בקהילה הארצית (אתר האינטרנט "מאמאנט").

על אף היתרונות הרבים של השתתפות בספורט קבוצתי-עממי לפיתוח אישי, חברתי וקהילתי, אשר מוצגים בספרות המדעית (Robinson, Patterson & Axelsen, 2014; Schulenkorf & Sugden, 2011), אין כמעט מחקרים אשר בוחנים את יתרונות הספורט הקבוצתי-עממי לקידום בריאות והון חברתי בקרב נשים בישראל, וישנו מיעוט של מחקרים אשר בוחנים את יתרונות הספורט הקבוצתי-עממי בספרות הבין-לאומית.

יתרונות הספורט הקבוצתי-עממי לבריאות הפיזית והנפשית

ספורט קבוצתי-עממי הינו מסגרת ארגונית השומרת על אורח חיים פעיל ובריא, כאשר המסגרת החברתית בקבוצה מהווה גורם מרכזי חשוב המשפיע על המוטיבציה וההתמדה של חברה (Baghurst, Tapps & Judy, 2014; Hüffmeier & Hertel, 2020). לספורט קבוצתי דינמיקה חברתית ייחודית, המתבטאת בלכידות הקבוצה, בתמיכה הדדית וביצירת תחושת שייכות בין חברה (Brown, Brown, Miller & Hansen, 2001; Campo, Mackie & Sanchez, 2019). מחקרים מראים שהקבוצה משמשת גוף מלכד, תומך ומחזק, המגביר תחושת שייכות, מוטיבציה והתמדה (Lewis & Ridge, 2005; Baghurst, Tapps & Judy, 2014). הפעילות בקבוצה מאפשרת למשתתפים לחוות אינטראקציה חברתית יחד עם ערכים חברתיים. בקבוצה יש מוסריות, מחויבות, נוצרים מעגלים חברתיים וסביבה המבוססת על תחומי עניין משותפים. עבודת הצוות תורמת לביטחון האישי ומקדמת את המשתתפים באופן אישי (Robinson, Patterson & Axelsen, 2014). לכידות הקבוצה אינה נובעת מתוך האימון הגופני בלבד, כי אם גם מהפעילויות ומהבילויים החברתיים שנוצרים בעקבותיו (Robinson, 2012; Patterson & Axelsen, 2014; Litchfield & Dionigi, 2012). יתרונות חברתיים נוספים של הקבוצה מתייחסים לתקשורת אישית-חברתית. בעת האימון ובפעילות נוצרות שיחות אישיות, הקשר הבין-אישי מתחזק ונוצרת היכרות מעמיקה. המשתתפים מגיעים בבגדי ספורט דומים, ללא תלות במקצועם או במעמדם, דבר המחבר בין כולם באופן שווה (Litchfield & Dionigi, 2011).

יתרון נוסף של פעילות גופנית במסגרת קבוצתית הוא תרומתה להתמדה גבוהה יותר ולאורך זמן בפעילות הגופנית (Litchfield & Dionigi, 2012; Hornstrup et al., 2018). כך למשל נמצא כי השתתפות בקבוצת כדור-יד חובבני העלתה את המוטיבציה הפנימית של המשתתפות ועם ההתמדה בהשתתפות בפעילות, חלה גם ירידה בסימפטומים גופניים כמו כאבי ראש, כאבי בטן וכאבי גב (Hornstrup et al., 2018). נמצא כי הצלחה והתמדה בפעילות ספורטיבית לאורך זמן נובעת ממוטיבציה, הנאה ותגמולים שהמשתתפים מקבלים מעבודת הצוות בקבוצה שבה הם התאמנו. הקבוצה המעודדת את הפרט להתמיד בפעילות הופכת לתמריץ, והדבר מעודד את ההשתתפות הקבועה בה (Litchfield & Dionigi, 2012). ניכר כי מערכות היחסים והחברויות שנוצרות בקבוצה, וכן הרצון לעזור לאחרים והיכולת לגרום להם להתקדם, מהווים גורמים משמעותיים להתמדה ולתחושת שביעות הרצון של המשתתפים מהפעילות הגופנית (Miller, Trost & Brown, 2002).

פעילות ספורט קבוצתית עשויה להיות גורם מקדם ומשמעותי לעידוד נשים ואימהות לעסוק בפעילות ספורט, באופן המתורגם עבורן כחווייה חיובית וכהנאה רצופה (Brown, Brown, Miller, & Hansen, 2001; Hornstrup et al., 2018). נמצא שהשתתפות בפעילות ספורטיבית קבוצתית מספקת חוויה שונה וחיובית יותר, בהשוואה לאימהות המשתתפות בפעילות בחדר כושר או בבית (Litchfield & Dionigi, 2011). מחקרים מראים כי הסיבות העיקריות להשתתפות נשים בפעילות ספורטיבית קבוצתית הן החשיבות בפעילות עצמה והמסגרת החברתית המתלווה לפעילות הקבוצתית. עוד נמצא כי הנשים המתאמנות במסגרת קבוצתית מרגישות אנרגטיות יותר ותופסות עצמן כצעירות יותר מגילן. ניכר כי שיתוף פעולה חברתי בין האימהות, בשילוב עם פעילות ספורטיבית, מגביר את החוויה החיובית בעת עשיית פעילות גופנית (Brown, Brown, Miller & Hansen, 2001; Roper & Polasek, 2019).

מחקרים בתחום הספורט הקבוצתי-עממי בישראל מציגים ממצאים דומים לספרות הבין-לאומית ומראים כי ספורט קבוצתי הוא כלי ליצירת קשרי קהילה חיוביים ולגישור בין קהילות ממעמדות ודתות שונות, זאת על ידי יצירת זהות קבוצתית וטשטוש ההבדלים בין דתות שונות או מוצאים אתניים שונים (Schulenkorf & Sugden, 2011). הספורט הקבוצתי אף מהווה כלי לשיפור הרווחה הנפשית ולהפחתת סימפטומים נפשיים (Lawrence & Bifulco, 2018). ניכר כי על אף היתרונות הרבים של ספורט קבוצתי לפיתוח חברתי, תרבותי וקהילתי, אין כמעט מחקרים אשר בוחנים את הקשר בין השתתפות בספורט קבוצתי-עממי לבין קידום הרווחה הפיזית והנפשית של הפרט בישראל.

הון חברתי

הון חברתי מושתת על קיום רשתות חברתיות הדוקות, המתאפיינות באמון ובנורמות של הדדיות בין חברי קבוצות חברתיות שונות. אמון בין חברי הקבוצה מקל עליהם לקיים שיתופי פעולה ושימוש פורה באמון מעצים אותו ומוביל לאמון נוסף ולשיתופי פעולה נוספים. ישנם חמישה מרכיבים עיקריים להון החברתי: מעורבות חברתית; מעורבות פוליטית; התנדבות והדדיות; אמון; ותמיכה חברתית (Putnam, 1995). ההתייחסות להון החברתי בספרות המחקרית היא בשתי רמות: הרמה האישית והרמה

הקהילתית (Kawachi, Kim, Coutts & Subramanian, 2004). הון חברתי אישי מתייחס לאותם קשרים או משאבים שהפרט מקיים או מנצל כדי לקדם ולפתור בעיות אישיות. קשרים חברתיים הם בעלי יכולת לצמצם את ההשפעה של אירועים כמו לחץ, חרדה או דיכאון על מהלך חייו התקין של אדם, בשל התמיכה והביטחון שהם מספקים (De Silva, McKenzie Harpham & Huttly, 2005; Marlier, Van Dyck, Cardon, De Bourdeaudhuij, Babiak & Willem, 2015). מחקרים רבים מראים כי אנשים המדווחים על קשרים חברתיים ומשפחתיים קרובים, מדווחים גם על איכות חיים, רמות אושר ושביעות רצון מהחיים ברמות גבוהות יותר (Helliwell et al., 2017; Baron-Epel et al., 2008; Kislev, 2019).

לעומת ההון החברתי האישי, אשר מתייחס אל הקשרים ברמת הפרט, הון חברתי קהילתי מתייחס לאותם קשרים ומשאבים שעוזרים לקהילה לקדם ולפתור בעיות על ידי פעילות קולקטיבית. למשל, רשתות חברתיות דוגמת ארגון, קהילה מקצועית או גיאוגרפית, קהילה לאומית או כל קבוצה אחרת. קיום של הון קהילתי מאפשר לאנשים החולקים הון חברתי של ארגונים או קהילות לנצל את המשאבים הקיימים או משאבים פוטנציאליים באותה חברה (Nahapiet & Ghoshal, 1998).

מה בין הון חברתי, סימפטומים פסיכוסומטיים וספורט קבוצתי-עממי? הון חברתי מתייחס ליתרונות של הפעילות הגופנית הקבוצתית בטיפול יחסי גומלין וקרבה בין-אישית. פעילות גופנית קבוצתית מסייעת לקשרים חברתיים ולקרבה בין אנשים וקהילות ומקדמת אותם. היא מהווה מסגרת מחברת ושוויונית ומקדמת ערכים פרו-חברתיים, כגון עבודת צוות, שיתוף והכללת השונה, אשר צוברים רווחים עתידיים – כלכליים, חברתיים ורגשיים (Bailey, Hillman, Arent & Petitpas, 2013). מחקרים מצביעים על תרומה חיובית של פעילות גופנית קבוצתית לתמיכה חברתית, לתחושת שייכות, לתפקוד חברתי ולשיפור ההון החברתי באופן כללי. יתרונות אלו נמצאו בקרב אנשים הפעילים במסגרת ספורט קבוצתי בהשוואה אל אנשים שפעילים גופנית בספורט אישי, כגון ריצה, וכן בהשוואה לאנשים שאינם פעילים כלל (Ottesen, Jeppesen & Krstrup, 2010; Van Oostrom et al., 2012; De Azevedo & Baptista, 2011).

הספרות גם מראה כי להון החברתי השפעה עצמאית על התנהגויות בריאות, כגון עשיית פעילות גופנית ותזונה בריאה. נוסף על כך, הוא מהווה גורם מתווך בקשר שבין פעילות גופנית לבין מדדי בריאות ותפקוד, על ידי מתן תמיכה ותחושת שייכות וביטחון למשתתפים ועל ידי שיפור יכולת ההתמדה של המשתתפים בפעילות הגופנית (Van Lenthe, 2019; Helliwell et al., 2017; Bailey et al., 2013 & Kamphuis, Groeniger, Poelman, Beenackers).

לסיכום, אפשר לראות כי קיימות עדויות מחקריות לכך שמבנים חברתיים ואינטראקציות חברתיות הקיימים בספורט קבוצתי-עממי בכלל ובספורט קבוצתי-עממי לנשים בפרט, עשויים להגדיל את ההון החברתי של חברות הקבוצה ואת הבריאות הפיזית והנפשית של המשתתפות. על אף היתרונות הרבים של הספורט הקבוצתי-עממי ככלי לשיפור ההון החברתי והבריאות פיזית והנפשית, מחקרים מעטים נערכו לבחינת הקשר בין השתתפות בספורט קבוצתי-עממי לבין בריאות פיזית, רווחה נפשית והון חברתי בקרב נשים בישראל.

מסגרת תיאורטית – "המודל הסוציאו-אקולוגי"

המודלים הסוציאו-אקולוגיים מספקים מסגרת תיאורטית רחבה להבנת הגורמים המשפיעים על הבריאות באופן כללי ועל התנהגויות בריאות באופן ספציפי (Bronfenbrenner & Morris, 2006). מודל זה מבוסס על ההנחה שיש אינטראקציה בין הסביבה ובין הפרט (תרשים 1). הסביבה כוללת הן את הסביבה החברתית של הפרט הן את הסביבה הפיזית. ההשפעה של הסביבה על הפרט ניתנת לחלוקה לכמה רמות: ברמה התוך-אישית (intra-personal) מדובר בגורמים דמוגרפיים ופסיכולוגיים; ברמה הבין-אישית (inter-personal) מדובר בגורמים בסביבה המיידית של הפרט, כגון משפחה וחברים; ברמה הקהילתית (community level) מדובר בגורמים בקהילה ובסביבה הרחבה, כגון נגישות לשירותי בריאות, לפעילויות ולמתקני ספורט; וברמת האוכלוסייה (aggregate population) מדובר בגורמים ברמת המדינה, כגון מדיניות ציבורית, חקיקה, תשתיות לאומיות וכדומה (Stokols, 1992).

תרשים 1

המודל האקולוגי כמסגרת התיאורטית של משתני המחקר



(Golden, McLeroy, Green, Earp & Lieberman, 2015)

המחקר

מטרות המחקר

לבחון את הקשר בין השתתפות נשים-אימהות בספורט קבוצתי-עממי (ליגת "מאמאנט") לבין מדדי הון חברתי (תמיכה חברתית, אמון ומעורבות חברתית) ומדדי בריאות (מצב בריאות סובייקטיבי וסימפטומים פסיכוסומטיים), תוך שימוש במסגרת התיאורטית של המודל הסוציו-אקולוגי. ברמה התוך-אישית ייבחנו המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, מצב הבריאות הסובייקטיבי והסימפטומים הפסיכוסומטיים; ברמה הבין-אישית ייבחנו התמיכה החברתית והאמון; וברמה הקהילתית תיבחן המעורבות החברתית בקהילה. המחקר אינו עוסק ישירות ברמת האוכלוסייה או המדיניות, אך למסקנותיו תהיינה השלכות על רמה זו, בהיבט של המלצות מדיניות, כפי שיובא בהמשך.

השערות המחקר

נשים-אימהות המשתתפות בספורט קבוצתי-עממי (ליגת "מאמאנט") יציגו רמה גבוהה של תחושת בריאות סובייקטיבית, רמה נמוכה של סימפטומים פסיכוסומטיים ורמה גבוהה של מדדי הון חברתי (תמיכה חברתית, אמון ומעורבות חברתית), בהשוואה לקבוצת ביקורת של נשים-אימהות שאינן משתתפות בפעילות כזאת, וזאת מעבר לשונות במשתנים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפות במחקר.

שיטת המחקר

סוג המחקר: מחקר חתך (Cross sectional) בקרב משתתפות בספורט קבוצתי-עממי לנשים (ליגת "מאמאנט" בכדורשת) ובקרב קבוצת ביקורת של נשים בעלות מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וסוציו-אקונומיים דומים, שאינן משתתפות בספורט קבוצתי-עממי לנשים.

אוכלוסיית המחקר: 1,032 נשים-אימהות מהמגזר היהודי המשתתפות בליגת "מאמאנט" ו-308 נשים-אימהות מהמגזר היהודי בקבוצת הביקורת.

כלי המחקר: שאלון לדיווח עצמי. בהקדמה לשאלון הובהרה מסגרת המחקר והובטחה אנונימיות למשיבות. בחלק הראשון נבדקו מאפייני רקע של המשתתפות (גיל, מצב משפחתי, השכלה ועוד). בחלק השני נבדקו מצב בריאות סובייקטיבי, סימפטומים פסיכוסומטיים והרגלי אורחות חיים ובחלק השלישי והאחרון נבדקו ממדי ההון החברתי. השאלון נבנה על סמך שאלונים שבהם נעשה שימוש במחקרים אמפיריים קודמים ושעברו תיקוף בעברית. לאחר בניית השאלון, הוא הועבר בקרב עשר משתתפות בליגת "מאמאנט" לצורך תיקופו.

הליך המחקר: בתחילת ההליך נוצר שיתוף פעולה עם ליגת "מאמאנט" והושגה הסכמה להעביר את שאלון המחקר לנשים המשתתפות בה. השאלון היה מקוון והעברתו למשתתפות נעשתה באמצעות אפליקציית WhatsApp באופן היררכי: מנהלת הליגה ← רכזות סניפים ברחבי הארץ ← קפטניות הקבוצות ← משתתפות בליגת "מאמאנט". המענה לשאלון נעשה על ידי המשתתפות באופן וולונטרי.

העברת השאלון לנשים בקבוצת הביקורת נעשתה באמצעות פאנל אינטרנטי ישראלי של חברת iPanel. הפאנל מונה יותר מ-100,000 חברים, המשתתפים במחקרי שוק וסקרי דעת קהל שונים

ומאפשר נגישות לאוכלוסיות מגוונות, בתוכן אוכלוסיות סלקטיביות וסגמנטים רבים. שאלון מחקר מקוון הועבר לנשים-אימהות החברות בפאנל באמצעות הדואר האלקטרוני. המענה לשאלון נעשה על ידי המשיבות באופן וולונטרי.

דגימה: בקרב משתתפות ליגת "מאמאנט" נעשתה דגימת שכבות בשני שלבים. בשלב הראשון, דגימה לפי חמישה אזורים בארץ, בהתאם לחלקם היחסי בליגה. בשלב השני, דגימה לפי רשויות מקומיות (ליגות) בכל אזור, בהתאם לגודלן היחסי בליגה. בכל אחת מהרשויות המקומיות (ליגות) נבחרו באופן אקראי קבוצות ספציפיות, שאליהן הופנה השאלון והוגדרה מכסת משיבות לכל רשות מקומית (ליגה).

דגימת המשיבות בקבוצת הביקורת נעשתה באופן אקראי מתוך הפאנל האינטרנטי הארצי, על פי הקריטריונים הבאים, שהוגדרו מראש: נשים מהמגזר היהודי, גילאי 30-50, אימהות לילד אחד לפחות בגיל בית ספר (6-18), אינן משתתפות בליגת "מאמאנט" או בכל ספורט קבוצתי-עממי אחר.

כלי המחקר: שאלון אנונימי למילוי עצמי המבוסס רובו ככולו על שאלונים תקפים ומהימנים.

משתני המחקר

משתנים סוציו-דמוגרפיים: גיל, מצב משפחתי (רווקה/חיה בזוגיות/גרופה/אלמנה), מספר ילדים, מאפייני אזור מגורים (עיר גדולה/פרוורי עיר גדולה/עירייה או עיר קטנה/יישוב כפרי), מידת דתיות (חילונית/מסורתית/דתית/חרדית/אחר), רמת השכלה (תיכונית/תעודה מקצועית/תואר ראשון/תואר שני ומעלה/תואר שלישי) ורמת הכנסה ביחס להכנסה הממוצעת למשק בית בישראל (הרבה מתחת לממוצע/מתחת לממוצע/דומה לממוצע/מעל הממוצע/הרבה מעל לממוצע).

משתנה בלתי-תלוי: השתתפות בליגת "מאמאנט" בכדורשת (ספורט קבוצתי-עממי לנשים).

משתנים תלויים:

הון חברתי

מדדת ההון החברתי מבוססת על שאלון מתוקף בתחום, הכולל שלושה משתנים (Onyx & Bullen, 2000):

תמיכה חברתית – מורכב מחמישה פריטים, כמו למשל: "כמה חברים קרובים יש לך?" ו"עד כמה תוכלי לקבל עזרה מחברך בעת הצורך?" ($\alpha = 0.75$).

אמון – מורכב משלושה פריטים, כמו למשל: "באופן כללי, האם לדעתך ניתן לתת אמון ברוב האנשים או שתמיד יש מקום לחשדנות מסוימת בקשרים עם אנשים?" ו"האם לדעתך רוב האנשים ינסו לנצל אותך אם יש להם הזדמנות, או ינסו להיות הוגנים כלפיך?" ($\alpha = 0.77$).

מעורבות חברתית – מורכב מארבעה פריטים, כמו למשל: "באיזו תדירות נכחת באירוע קהילתי כלשהו בששת החודשים האחרונים?" ו"האם את עוזרת לארגון מקומי כמתנדבת?" ($\alpha = 0.65$). הסולם של שלושת המדדים (תמיכה חברתית, אמון ומעורבות חברתית) הוא בן 5 דרגות, כאשר ככל שהערך היה גבוה יותר כך הוא שיקף הון חברתי גבוה יותר. המתאמים הפנימיים בין שלושת המדדים נעו בין $r = 0.27$ ל- $r = 0.44$ ($p < 0.001$), ולפיכך נוצר מדד כולל של הון חברתי ($\alpha = 0.80$).

תחושת בריאות סובייקטיבית

מצב בריאות סובייקטיבי (SRH) – נמדד באמצעות פריט אחד: "מהו מצבך הבריאותי באופן כללי?" (Baron-Baron-Epel & Kaplan, 2001). הפריט כלל סולם של 6 דרגות (1 = מצוין; 6 = רע מאוד).

סימפטומים פסיכוסומטיים – נמדדו באמצעות שישה פריטים שנלקחו משאלון "בריאות, רווחה, נפשית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער" (HBSC), המותאם גם למבוגרים (Hagquist, Due, Torsheim & Välimaa, 2019). הפריטים בשאלון כללו דיווח על חוויה של הסימפטומים הבאים: כאב ראש, כאב בטן, כאב גב, כעס, עצבנות וסחרחורת, בששת החודשים האחרונים ($\alpha = 0.72$). השאלון כלל סולם של 5 דרגות: (1 = לעיתים רחוקות או אף פעם; 5 = כמעט כל יום), כאשר ככל שהערך היה גבוה יותר כך הוא שיקף חוויה של סימפטומים בתדירות גבוהה יותר.

ממצאי המחקר

טווח הגיל של הנשים שהשתתפו במחקר היה 22-62 שנים וממוצע הגיל היה 41.45 שנים (ס"ת 5.73). הנשים בקבוצת הביקורת היו צעירות בכשנה וחצי (40.21 שנים, ס"ת 5.00) מהנשים שהשתתפו בליגת "מאמאנט" (41.82 שנים, ס"ת 5.88), הבדל מובהק סטטיסטית ($p < .001$) אך לא משמעותי. ממוצע מספר הילדים לאישה היה 2.8, ללא הבדל מובהק בין הנשים בשתי הקבוצות ($p = .092$).

רוב הנשים היו נשואות (90.5%), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ($p = .399$). למעלה ממחצית מהנשים (57%) התגוררו בערים גדולות או בפרוורים, ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ($p = .101$). כשני שלישי מהנשים (67%) הגדירו את עצמן כחילוניות, שיעור דומה בשתי הקבוצות. לעומת זאת, שיעור גדול יותר של נשים בקבוצת הביקורת (16.2%) הגדירו את עצמן כדתיות, בהשוואה לנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" (5.3%), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ($p = .019$). כ-70% מהנשים הן בעלות תואר אקדמי ראשון לפחות, אם כי הנשים בקבוצת הביקורת משכילות יותר (77.6%) בהשוואה לנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" (68.5%), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ($p = .190$). מבחינת הכנסה ממוצעת למשק בית בישראל (15,427 ₪), 56% מהנשים דיווחו על הכנסה גבוהה מהממוצע בישראל, ללא הבדל מובהק בין הקבוצות ($p = .689$). במטרה לבדוק אם ישנם הבדלים בין נשים אימהות המשתתפות בליגת "מאמאנט" לבין קבוצת הביקורת בחמשת משתני המחקר, נעשתה השוואה בין הקבוצות באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים.

לוח 1

ממוצע, סטיית תקן וערכי t של משתני המחקר – הון חברתי ותחושת בריאות הסובייקטיבית, לפי קבוצה

משתתפות "ליגת מאמאנט" (n = 1032)		קבוצת ביקורת (n = 308)		t	
ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת		
תמיכה חברתית	4.26*	.62	3.97*	.68	-6.70***
אמון	3.52*	.83	3.22*	.86	-5.42***
מעורבות חברתית	3.40*	.88	2.63*	.84	-13.70***
מצב בריאות סובייקטיבי	4.25*	.71	3.96*	.82	-5.93***
סימפטומים פסיכוסומטיים	1.90*	.58	2.25*	.66	8.54***

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

לוח 1 מצביע על הבדלים מובהקים בין הקבוצות בחמשת משתני המחקר שנבדקו. אצל הנשים שמשותפות בליגת "מאמאנט" נמצאו ערכים גבוהים יותר של מצב בריאות סובייקטיבי ($t=-5.93, p<.001$), תמיכה חברתית ($t=-6.70, p<.001$), אמון ($t=-5.42, p<.001$) ומעורבות חברתית ($t=-13.70, p<.001$), לעומת ערך נמוך יותר של סימפטומים פסיכוסומטיים ($t=8.54, p<.001$). תוצאות אלה תומכות בהשערת המחקר, לפיה נשים-אימהות המשתתפות בליגת "מאמאנט" יציגו רמות גבוהות יותר של הון חברתי ושל תחושת בריאות סובייקטיבית, לעומת נשים שאינן משתתפות בפעילות זו.

בדיקת מתאמים מסוג פירסון בין מדדי המחקר מוצגת בלוח 2. מהבדיקה עולה כי קיימים קשרים חזקים יחסית בין משתני ההון החברתי (תמיכה חברתית, אמון ומעורבות חברתית). ממצא זה מעיד על הקשרים בין מרכיבי מודל ההון החברתי ברמת הפרט. נוסף על כך, קיימים קשרים חיוביים מתונים בין מצב בריאות סובייקטיבי לבין מרכיבי ההון החברתי וקשרים שליליים מתונים בין סימפטומים פסיכוסומטיים לבין מרכיבי ההון החברתי. ממצא זה מעיד על הקשרים הקיימים בין הון חברתי לבין תחושת בריאות סובייקטיבית.

לוח 2

מתאמי פירסון בין משתני המחקר – הון חברתי ותחושת בריאות סובייקטיבית

סימפטומים פסיכוסומטיים	מצב בריאות סובייקטיבי	מעורבות חברתית	אמון	תמיכה חברתית	
				-	תמיכה חברתית
			-	.40***	אמון
		-	.27***	.44***	מעורבות חברתית
	-	.14***	.10***	.17***	בריאות סובייקטיבית
-	-.28***	-.11***	-.18***	-.16***	סימפטומים פסיכוסומטיים

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

בלוח 3 מוצג מודל רגרסיה ליניארית לניבוי של כל אחד ממשתני המחקר: תמיכה חברתית, אמון, מעורבות חברתית, מצב בריאות סובייקטיבי וסימפטומים פסיכוסומטיים, כאשר המשתנה התלוי הוא בכל פעם משתנה מחקר אחר. המודל נבדק בשני צעדים עיקריים. בצעד הראשון הוכנסה סדרה של משתני רקע כמשתני פיקוח: גיל, מספר ילדים, מצב משפחתי, אזור מגורים, דת, השכלה והכנסה. בצעד השני נוספה הקבוצה: נשים-אימהות המשתתפות בליגת "מאמאנט". המדד למשמעות התוספת של משתנה הקבוצה (משתתפות ליגת "מאמאנט") להסבר השונות של משתני המחקר, הוא השינוי בשיעור ההסבר של המודל: ΔR^2 . תוספת משמעותית מתבטאת ברמת מובהקות גבוהה.

לוח 3

מקדמי רגרסיה מתוקננים להסבר השונות של משתני המחקר – הון חברתי ותחושת בריאות סובייקטיבית

סימפטומים פסיכוסומטיים	בריאות סובייקטיבית	מעורבות חברתית	אמון	תמיכה חברתית	
					שלב 1
גיל	-.12***	.04	.09**	.06*	
מספר ילדים	.07*	.06*	.03	.04	
מצב משפחתי	-.01	.03	-.01	-.03	
מגורים	-.04	-.08**	-.02	-.01	
דת	.04	-.04	-.04	-.04	
השכלה	-.05	.04	.06~	-.07*	
הכנסה	.02	.03	.12***	.12***	
R ²	.02***	.02***	.03***	.02***	
F(7,1332)	3.88***	4.20***	5.99***	4.16***	
					שלב 2
קבוצה	.18***	.36***	.15***	.19***	
ΔR ²	.03***	.13***	.02***	.04***	
R ²	.05***	.15***	.05***	.06***	
F(8,1331)	8.73***	29.12***	9.04***	9.91***	

p<.001, ** p<.01, * p<.05 ***

כפי שאפשר לראות בלוח 3, בצעד הראשון נמצאו קשרים חיוביים בין גיל והכנסה לבין תמיכה חברתית ואמון, בין מספר ילדים לבין מעורבות חברתית ובריאות סובייקטיבית. כמו כן נמצאו קשרים שליליים בין גיל לבין בריאות סובייקטיבית וסימפטומים פסיכוסומטיים, בין השכלה לבין תמיכה חברתית ובין מגורים לבין מעורבות חברתית (נשים שגרות ביישוב גדול מעורבות פחות מנשים שגרות ביישוב קטן).

התוצאות שהתקבלו בצעד השני ממשיכות לספק תמיכה להבדלים בין הקבוצות, כאשר אפקט קבוצת הנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" הוא חיובי בתמיכה חברתית ($\beta=.19, p<.001$), באמון ($\beta=.18, p<.001$), במעורבות חברתית ($\beta=.36, p<.001$), בבריאות סובייקטיבית ($\beta=.15, p<.001$) ונמוך יותר בסימפטומים פסיכוסומטיים ($\beta=-.23, p<.001$). אפקט הקבוצה נמצא מוסיף לשיעור ההסבר של המודל בצורה משמעותית בכל חמש החזרות המוצגות בלוח 3. מסיכום הממצאים אפשר ללמוד כי נשים-אימהות המשתתפות בליגת "מאמאנט" מציגות רמות גבוהות יותר של הון חברתי ושל תחושת בריאות סובייקטיבית לעומת נשים שאינן משתתפות בפעילות זו. כמו כן, אפקט קבוצת הנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" נמצא מוסיף לניבוי של כל אחד ממשתנים אלה, מעבר למשתני הרקע שנבדקו. תוצאות אלה תומכות בהשערת המחקר.

דיון ומסקנות

המודלים הסוציו-אקולוגיים מספקים מסגרת תיאורטית רחבה להבנת הגורמים המשפיעים על הבריאות באופן כללי ועל התנהגויות בריאות באופן ספציפי (בראון-אפל, דאוד ולוין-זמיר, 2016). הנחת היסוד שלהם היא שהבריאות נקבעת על ידי השפעה הדדית של גורמים סביבתיים, ארגוניים ואישיים. הבנת הבריאות קשורה באופן ישיר להבנת יחסי הגומלין של הפרט עם סביבתו החברתית והפיזית (Bronfenbrenner & Morris, 2006). במאמץ להדגיש את התבנית המורכבת של מערכות יחסים בין פרטים ואוכלוסיות לבין הסביבות שלהם, חוקרים בתחום קידום בריאות ובריאות הציבור חילקו את הסביבה לרמות השפעה שונות (Richard, Gauvin & Raine, 2011). לדוגמה, סטוקולס (Stokols, 1992), כהן ועמיתיו (Cohen, Scribner, Farley, 2000) וגולדן ועמיתיו (Golden, McLeroy, Green, Earp & Lieberman, 2015) המשיגו ולעיתים אף בחנו אמפירית השפעות סביבתיות על בריאות האוכלוסייה. מחקר זה בדק את הקשר בין השתתפות נשים-אימהות בספורט קבוצתי-עממי (ליגת "מאמאנט") לבין תחושת בריאות סובייקטיבית ומדדי הון חברתי, תוך שימוש במסגרת התיאורטית של הגישה האקולוגית, המחולקת לרמות: התוך-אישית, הבין-אישית, הקהילתית ורמת האוכלוסייה/מדיניות.

ברמה התוך-אישית (intra-personal) השערנו בנוגע למצב בריאות סובייקטיבי ולסימפטומים פסיכוסומטיים אוששה באופן מלא, ונמצא כי נשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" מדווחות על רמה גבוהה יותר של מצב בריאות סובייקטיבי, בהשוואה לקבוצת הביקורת. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים קודמים, שהצביעו על קשר חיובי בין פעילות גופנית לבין מצב בריאות כללי בקרב נשים (Kull, 2002; Lee & Russell, 2003; Hüffmeier & Hertel, 2020). בהתייחס לסימפטומים פסיכוסומטיים, ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי נשים המשתתפות

בליגת "מאמאנט" מדווחות על רמה נמוכה של סימפטומים פסיכוסומטיים, בהשוואה לקבוצת הביקורת. גם במחקרם של בראון ועמיתיה (Brown et al., 2000), נמצאה רמה נמוכה של סימפטומים פסיכוסומטיים, כמו כאב בטן וכאב ראש, בקרב נשים העוסקות בפעילות גופנית, בהשוואה לנשים לא פעילות. מחקרים נוספים מלמדים על קשר חיובי בין פעילות גופנית במסגרת קבוצתית לבין סימפטומים ותחושת רווחה בקרב המשתתפות (Kull, 2002; Lee & Russell, 2003; Hornstrup et al., 2018).

ברמה הבין-אישית (inter-personal) ניכר כי ההשערה בנוגע למדדי ההון החברתי: תמיכה חברתית ואמון, אוששה אף היא ונמצאו הבדלים מובהקים במדדים אלה בין המשתתפות בליגת "מאמאנט" לקבוצת הביקורת. אפשר להניח כי ממצאים אלה נובעים מהקשרים החברתיים ומהאינטראקציות החברתיות המובנות בספורט קבוצתי-עממי, כפי שעולה מהספרות המחקרית (Lewis & Ridge, 2005; Baghurst, Tapps & Judy, 2014; Campo, Mackie & Sanchez, 2019). מבחינה זו, ייתכן שהסביבה החברתית ותרומתה בהגדלת ההון החברתי מהווה ערך מוסף של ספורט קבוצתי-עממי על פני ספורט אישי (De Azevedo & Baptista, 2011; Van Oostrom et al., 2012).

ברמה הקהילתית (community level) ניכר כי ההשערה בנוגע למדד הון חברתי נוסף, מעורבות חברתית, אוששה אף היא, ונמצא הבדל מובהק במדד זה בין המשתתפות בליגת "מאמאנט" לבין קבוצת הביקורת. מצאי מחקר זה העוסקים במעורבות חברתית, מחזקים את הספרות המחקרית הרואה במסגרת הספורט הקבוצתי-עממי פלטפורמה לפעילות חברתית, כגון טיולים, ימי גיבוש, ארוחות משותפות, הרצאות, מחנות אימונים ופעילויות חברתיות נוספות היוצרות לכידות וחברתיות (Litchfield & Dionigi, 2011; Llopis & Llopis, 2012). בדומה למסגרות ספורט קבוצתי-עממי אחרות, גם ליגת "מאמאנט" מדגישה פעילות חברתית ומעורבות חברתית בקהילה, שבאות לידי ביטוי באירועים ובפרויקטים רבים בקהילה המקומית והארצית, כגון סיוע לנוער בסיכון, פעילות במעונות לנשים מוכות, חלוקת מזון לנזקקים, העלאת מודעות לסרטן השד ועוד (אתר האינטרנט מאמאנט).

ברמת האוכלוסייה (aggregate population) מחזקים ממצאי המחקר הנוכחי והספרות המחקרית את חשיבותה של קביעת מדיניות לאומית בנוגע לספורט עממי בקרב נשים-אימהות, דוגמת ליגת "מאמאנט", לעידוד אוכלוסייה של נשים בכלל ונשים-אימהות בפרט לעסוק בפעילות גופנית במסגרת קהילתית לשמירת בריאות גוף ונפש ולחיזוק הקשרים החברתיים.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי שתי מגבלות מרכזיות: מגבלה אחת היא העובדה שהנתונים שנאספו הם נתוני חתך של שתי הקבוצות, המאפשרים לבחון את הקשרים בין המשתתפים שנבדקו, אך אי אפשר להסיק מהם לגבי השפעה או סיבתיות. כלומר, ייתכן שהנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" הן מלכתחילה בעלות הון חברתי גבוה ונטייה למעורבות חברתית, בהשוואה לנשים שאינן פעילות בספורט קבוצתי-עממי. מגבלה נוספת היא היעדר מידע מפורט לגבי קיומה של פעילות גופנית יחידנית הן בקרב הנשים המשתתפות בליגת "מאמאנט" הן בקרב קבוצת הביקורת. כלומר, ייתכן כי חלק מהנשים בשתי הקבוצות עוסקות בפעילות גופנית יחידנית, העשויה להסביר את

מצב הבריאות הסובייקטיבי ואת רמת הסימפטומים הפסיכוסומטיים שלהן. ראוי כי מחקרים עתידיים ייתנו מענה לשתי מגבלות אלה.

המלצות להמשך פעילות

המסקנות העולות ממחקר זה מלמדות על התועלת הגלומה בספורט עממי-קבוצתי לנשים, בהיבטים חברתיים וקהילתיים, לצד היבטים בריאותיים סובייקטיביים. ההמלצה הראשונה הנגזרת ממסקנות המחקר היא להגדיל את התמיכה הממסדית בארגונים המקדמים ספורט עממי לנשים, דוגמת ליגת "מאמאנט", המעודדים אוכלוסייה של נשים בכלל ונשים-אימהות בפרט לצאת ולעסוק בפעילות גופנית ומספקים להן מסגרת ארגונית ומקצועית תומכת לשם כך. ההמלצה השנייה היא לתעדף תמיכה במסגרות ספורט קבוצתי-עממי לנשים, בשל היתרונות שלהן בהגברת ההון החברתי ובחיוזוק הרשתות החברתיות של המשתתפות. הדבר נכון בעיקר בקהילות מוחלשות, שבהן להגברת ההון החברתי ולחיוזוק הרשתות החברתיות יהיו ערך מוסף והשפעה גדולים יותר, הן על המשתתפות הן על הקהילה שבה הן חיות.

מקורות

אתר האינטרנט של מאמאנט. נדלה בתאריך 2.10.2018 מתוך: <http://www.mamanet.org.il>
בראון-אפל, א', דאוד, נ', ולוין-זמיר, ד' (עורכות) (2016). קידום בריאות – מתיאוריה למעשה. דיונון.

Baghurst, T., Tapps, T., & Judy, A. (2014). A comparison of sport commitment in female-only versus co-recreational intramural basketball leagues. *Recreational Sports Journal*, 38(2), 143-152.

Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). Physical activity: An underestimated investment in human capital? *Journal of Physical Activity and Health*, 10(3), 289-308.

Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53(10), 1373-1381.

Baron-Epel, O., Weinstein, R., Haviv-Mesika, A., Garty-Sandalon, N., & Green, M. S. (2008). Individual-level analysis of social capital and health: A comparison of Arab and Jewish Israelis. *Social Science & Medicine*, 66(4), 900-910.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2006). *The bioecological model of human development*. John Wiley & Sons.

Brown, P. R., Brown, W. J., Miller, Y. D., & Hansen, V. (2001). Perceived constraints and social support for active leisure among mothers with young children. *Leisure Sciences*, 23(3), 131-144.

Brown, W. J., Mishra, G., Lee, C., & Bauman, A. (2000). Leisure time physical

- activity in Australian women: Relationship with well being and symptoms. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(3), 206-216.
- Campo, M., Mackie, D. M., & Sanchez, X. (2019). Emotions in group sports: A narrative review from a social identity perspective. *Frontiers in psychology*, 10, 666.
- Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000). A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine*, 30(2), 146-154.
- De Azevedo Guimarães, A. C., & Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International Journal of Women's Health*, 3, 319-328.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(8), 619-627.
- Golden, S. D., McLeroy, K. R., Green, L. W., Earp, J. A. L., & Lieberman, L. D. (2015). Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Education & Behavior*, 42(1S), 8S-14S.
- Hagquist, C., Due, P., Torsheim, T., & Välimaa, R. (2019). Cross-country comparisons of trends in adolescent psychosomatic symptoms—a Rasch analysis of HBSC data from four Nordic countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 27.
- Helliwell, J. F., Aknin, L. B., Shiplett, H., Huang, H., & Wang, S. (2017). Social capital and prosocial behavior as sources of well-being (No. w23761). National Bureau of Economic Research.
- Hornstrup, T., Wikman, J. M., Fristrup, B., Póvoas, S., Helge, E. W., Nielsen, S. H., Helge, J. W., Andersen, J. L., Nybo, L., Krstrup, P. (2018). Fitness and health benefits of team handball training for young untrained women a cross-disciplinary RCT on physiological adaptations and motivational aspects. *Journal of Sport and Health Science*, 7(2), 139-148.
- Hüffmeier, J., & Hertel, G. (2020). Effort losses and effort gains in sports teams. In S. J. Karau (Ed.), *Individual motivation within groups* (pp. 109-148). Academic Press.
- Kamphuis, C. B., Groeniger, J. O., Poelman, M. P., Beenackers, M. A., & van Lenthe, F. J. (2019). How does bridging social capital relate to health-behavior, overweight and obesity among low and high educated groups? A

- cross-sectional analysis of GLOBE-2014. *BMC Public Health*, 19(1), 1635.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A., & Subramanian, S. V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682-690.
- Kislev, E. (2019). Social Capital, Happiness, and the Unmarried: a Multilevel Analysis of 32 European Countries. *Applied Research in Quality of Life*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09751-y>
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12(4), 241-247.
- Lawrence, S., & Bifulco, A. (2018). Riding in the right direction: Reduction of PTSD symptoms in a group of high-risk Israeli youth involved in a community cycling program. Published online January 2018. Retrieved: June 7, 2020 from: file:///C:/Users/User/Downloads/RIRD_July_2017_SueLawrence.pdf
- Lee, C., & Russell, A. (2003). Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 155-160.
- Lewis, B., & Ridge, D. (2005). Mothers reframing physical activity: family-oriented politicization, transgression and contested expertise in Australia. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2295-2306.
- Litchfield, C., & Dionigi, R. A. (2012). Rituals in Australian Women's Veteran's Field Hockey. *International Journal of Sport & Society*, 3(3), 171-189.
- Litchfield, C., & Dionigi, R. A. (2011). The meaning of sports participation in the lives of middle-aged and older. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 6, 21-36.
- Llopis, R., Llopis, D., (2012). A sociocultural typology of recreational runners in Spain. *Educacion de Peportes y Fisica*, 108(2), 9-16.
- Marlier, M., Van Dyck, D., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Babiak, K., & Willem, A. (2015). Interrelation of sport participation, physical activity, social capital and mental health in disadvantaged communities: A SEM-analysis. *PloS one*, 10(10), e0140196.
- Miller, Y. D., Trost, S. G., Brown, W. J. (2002). Mediators of physical activity behavior change among women with young children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 98-103.
- Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management, Review*, 23, 242-266.
- Onyx, J., & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities.

- The Journal of Applied Behavioral Science, 36(1), 23-42.
- Ottesen, L., Jeppesen, R. S., & Krustup, B. R. (2010). The development of social capital through football and running: studying an intervention program for inactive women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 118-131.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 65-78.
- Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion Over Two Decades. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 307-326.
- Robinson, R., Patterson, I., & Axelsen, M. (2014). The "loneliness of the long-distance runner" no more: Marathons and social worlds. *Journal of Leisure Research*, 46(4), 375-394.
- Roper, E. A., & Polasek, K. M. (2019). Girls and women in sport. In M. H. Anshel, T. A. Petrie, & J. A. Steinfeldt (Eds.), *APA handbooks in psychology series. APA handbook of sport and exercise psychology*, Vol. 1. Sport psychology (p. 345-365). American Psychological Association
- Schulenkorf, N., & Sugden, J. (2011). Sport for Development and Peace in Divided Societies: Cooperating for Inter-Community Empowerment in Israel. *European Journal for Sport and Society*, 8(4), 235-256.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Van Oostrom, S. H., Smit, H. A., Wendel-Vos, G. C. W., Visser, M., Verschuren, W. M. M., & Picavet, H. S. J. (2012). Adopting an active lifestyle during adulthood and health-related quality of life: The Doetinchem cohort Study. *American Journal of Public Health*, 102(11), e62-e68.

תודות:

תודה ליו"ר ומייסדת ליגת 'מאמאנט' הגב' עופרה אברמוביץ', הנהלת ליגת 'מאמאנט' ולשחקניות ולבני משפחותיהן.